Frederick County Health Access Program

An Initiative of the Frederick County Health Care Coalition
In Partnership with the Frederick County Health Department

Providing Connections to Care

Ph. 301-788-8592 FAX 866-430-9751
www.co.frederick.md.us/healthaccess

REQUISITOS Y RESPONSABILIDADES DE LOS PACIENTES

Los siguientes son los requisitos para inscribirse en el Programa de Acceso a la Atención de la Salud del Condado de Frederick (en inglés FCHAP). Le pedimos que siga las siguientes pautas para demostrar su disposición a hacer lo que lo que está de su parte para mejorar su salud.

_____ Este no es un programa de seguro de salud ni un programa del gobierno. Los médicos se ofrecen voluntariamente a prestar servicios de atención de la salud por una muy pequeña tarifa de $15 por visita. Deberá pagar esta tarifa antes de su visita.

_____ Ud. no es elegible para solicitar los servicios de FCHAP si tiene acceso a seguro de salud. Deberá comunicarse inmediatamente con FCHAP si se inscribe en Medicaid, Medicare, un seguro privado o cualquier otra cobertura médica o si Ud. reúne las condiciones para recibir estos programas.

_____ Deberá comunicarse inmediatamente con FCHAP si el ingreso anual de su familia cambia o si su dirección o número de teléfono cambia.

_____ Todas las primeras citas a los médicos las hará el personal de FCHAP. Ud. podrá hacer las citas de seguimiento posteriores pero necesitará notificar al personal de FCHAP antes de las citas para asegurarse de que los beneficios de FCHAP estén disponibles.

_____ Por favor asista a todas las citas programadas. Si deja de asistir a 2 citas sin notificar a la oficina del doctor y a FCHAP al menos 24 horas antes de la cita, se lo sacará del programa.

_____ Se lo remitirá a un especialista en base a las recomendaciones del doctor de medicina general y con arreglos hachos por el coordinador de FCHAP. Llame al FCHAP o a su doctor de medicina general, si necesita ser visto en alguna otra parte para tratamiento.

_____ Ud. acepta seguir su plan del tratamiento (por ejemplo: recibir las medicaciones y tomarlas según las indicaciones).

_____ Presente su carnet del FCHAP cada vez que vea a un doctor de FCHAP o se le ordenen pruebas en un sitio del Hospital Memorial de Frederick (en inglés FMH).

_____ FCHAP se reserva el derecho de revocar su inscripción por cualquier reporte de falta de cortesía, lenguaje abusivo o con amenazas.

_____ Si Ud. tiene alguna acción legal pendiente respecto a sus necesidades de salud, debe notificar inmediatamente al FCHAP. El no brindar esta información resultará en una cancelación inmediata y Ud. será responsable de pagar todos los servicios médicos recibidos durante el tiempo que tenga la acción legal pendiente.

_____ Algunas visitas al médico y algunos procedimientos ordenados por su médico podrán no ser cubiertos por FCHAP. Ud. será responsable de pagar los tratamientos, procedimientos, pruebas o servicios que no sean cubiertos por FCHAP. El personal de FCHAP lo ayudará a solicitar los beneficios del programa de asistencia financiera del Hospital Memorial de Frederick (FMH).

_____ El FCHAP le ayudará a obtener la medicación ordenada por su médico pero el programa NO cubrirá el costo total de estas medicaciones.

_____El período de suscripción en el FCHAP es de 6 meses. Para permanecer en el programa, los solicitantes deben completar nuevamente un formulario de inscripción cada 6 meses.

_____ El ser aceptado en el Programa de Acceso a la Atención de la Salud del Condado de Frederick no garantiza la asistencia de todas las necesidades o solicitudes de atención de la salud. Los servicios estarán limitados a la disponibilidad de los médicos y especialistas. La continuación de este programa depende de los fondos financieros otorgados por un subsidio, por lo tanto la disponibilidad de la asistencia podría cambiar en cualquier momento.

He leído todo lo indicado anteriormente y acepto cumplir con todos los requisitos de participación. También acepto brindar la información verdadera y correcta respecto a mi condición financiera, de salud y de empleo. Entiendo que si yo ocultara o brindara falsa información seré inmediatamente descalificado de participar en este programa y podría tener que pagar los servicios de asistencia proporcionados por el programa. Mis iniciales indican que entiendo toda la información en este documento y del cual se me ha dado una copia para mi archivo personal.

_____ _____

Firma del solicitante Fecha

_____ _____

Coordinador de FCHAP /Director del Caso Fecha